第一号の四書式(第十三条関係)

※　登録番号	
※　登録年月日	

収　入　印　紙　欄 (消印しないこと。)

再教育研修修了登録証申請書

保健師籍 登録番号	第　　号	保健師籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日

1　再教育研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日	修了年月日
平成 令和　　年　　月　　日	平成 令和　　年　　月　　日

2　個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和　　年　　月　　日

本　　籍 (国　籍)	都道 府県

郵便番号	—	電話番号	(　　)
住　　所	都道 府県		

ふりがな	(氏)	(名)
氏　　名		
通　称　名		

性別	男
	女

生年月日	昭和 平成 令和 西暦　　年　　月　　日

厚生労働大臣　殿

(注意)　1　※印欄には、記入しないこと。

2　該当する不動文字を○で囲むこと。

3　黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。

4　用紙の大きさは、A4とすること。